



Póliza No.: \_\_\_\_\_ Asegurado: \_\_\_\_\_

Certificado No.: \_\_\_\_\_ Vigencia inicial de la póliza: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL FAMILIAR DEPENDIENTE	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE ADQUISICIÓN DE PARENTESCO	SEXO M/F	PESO (LBS.)	ESTATURA (MTS.)

Si la adición de su dependiente corresponde a un parto prematuro reciente, favor indicar las semanas de gestación al momento del nacimiento.

\_\_\_\_\_

Datos del cónyuge (cuando se solicita adición de éste):

Descripción exacta de su ocupación: \_\_\_\_\_ No. celular: \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_ Actividad de la empresa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ No. teléfono: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** Adicionalmente debe presentar el formulario “prueba de asegurabilidad” y para hijos menores de 1 año “informe del pediatra”.

Guatemala, \_\_\_\_\_ Firma del asegurado titular: \_\_\_\_\_

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA:**

Los familiares dependientes han sido aceptados a partir de: \_\_\_\_\_

Autorizado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

